



---

UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA**

**PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN**

**LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN LOS  
PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLÍNICA  
ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA DE  
CHIMBOTE DURANTE LOS AÑOS 2017-2018**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE  
CIRUJANO DENTISTA**

**AUTOR**

PEREZ ALMENDRAS, DIEGO ANDRE

ORCID: 0000-0002-4214-8199

**ASESOR**

HONORES SOLANO, TAMMY MARGARITA

ORCID: 0000-0003-0723-3491

**CHIMBOTE – PERÙ**

**2022**

**1. Título de la tesis**

**PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA  
CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN LOS PACIENTES QUE  
ACUDIERON A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH  
CATÓLICA DE CHIMBOTE DURANTE LOS AÑOS 2017-2018**

## **2. Equipo de trabajo**

### **AUTOR**

Pérez Almendras, Diego Andre

ORCID: 0000-0002-4214-8199

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Estudiante de Pregrado,  
Chimbote, Perú

### **ASESOR**

Honores Solano, Tammy Margarita

ORCID: 0000-0003-0723-3491

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Facultad de Ciencias de  
la Salud, Escuela Profesional de Odontología, Chimbote, Perú

### **JURADO**

De La Cruz Bravo, Juver Jesús

ORCID: 0000-0002-9237-918X

Loyola Echeverría, Marco Antonio

ORCID: 0000-0002-5873-132X

Angeles García, Karen Milena

ORCID: 0000-0002-2441-6882

**3. Hoja de firma del jurado y asesor**

---

MGTR. DE LA CRUZ BRAVO, JUVER JESÚS

**PRESIDENTE**

---

MGTR. LOYOLA ECHEVERRÍA, MARCO ANTONIO

**MIEMBRO**

---

MGTR. ANGELES GARCÍA, KAREN MILENA

**MIEMBRO**

---

MGTR. HONORES SOLANO, TAMMY MARGARITA

**ASESOR**

#### **4. Agradecimiento y dedicatoria**

##### **Agradecimiento**

*A Dios, por darnos la salud y la vida, enseñarnos el camino  
correcto cada despertar de cada día  
Amén.*

*A mis Padres, por su valioso apoyo incondicional por haber  
formado el deseo de superación lo cual ha  
contribuido en la consecución de este logro.*

*A nuestra querida y prestigiosa escuela de odontología por  
habernos albergado durante estos años de estudio  
a nuestros docentes por el conocimiento  
que nos otorgan.*

## **Dedicatoria**

*Dedico este trabajo a mis padres quienes han estado presente  
en mi vida en cada paso que he dado y apoyado  
durante toda mi etapa universitaria.*

*A mis hermanos, amigos fieles e infaltables  
personas que han compartido conmigo  
cada triunfo o caída.*

## 5. Resumen

El **objetivo** de la investigación fue determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Uladech católica de Chimbote durante los años 2017 - 2018.

**Metodología:** Se realizó un estudio de tipo cuantitativo, observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo; de nivel descriptivo y de diseño no experimental. La muestra se conformó por 349 historias clínicas de pacientes adultos seleccionados por muestreo probabilístico aleatorio simple, se observó las historias clínicas para el diagnóstico de la clasificación de Kennedy y se registró la información en la ficha de recolección de datos. **Resultados:** La prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy fue que en su mayoría presentaron la clase III con el 40.7%, según la ubicación del maxilar en el maxilar superior el 25.5% presentaron la clase III de Kennedy y en el maxilar inferior el 15.8% presentaron la clase I de Kennedy, según la edad prevaleció la clase III con el 23.2% en las edades de 41-60 años, según género prevaleció la clase III de Kennedy con 25.2% en el género femenino también prevaleció la clase III de Kennedy con 15.5% en el género masculino. **Conclusión:** La prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Uladech católica de Chimbote durante los años 2017-2018 fue la clase III la más prevalente con 40.7%.

**Palabras clave:** Clasificación de Kennedy, edentulismo parcial, prevalencia.

## Abstract

The **objective** of the research was to determine the prevalence of partial edentulism according to the Kennedy classification in patients who attended the Uladech católica de Chimbote Dental Clinic during the years 2017 - 2018. **Methodology:** A quantitative, observational, retrospective study was carried out, transversal and descriptive; descriptive level and non-experimental design. The sample it was made up of 349 medical records of adult patients selected by simple random probability sampling, the medical records were observed for the diagnosis of the Kennedy classification and the information was recorded in the data collection form. **Results:** The prevalence of partial edentulism according to the Kennedy classification was that the majority presented class III with 40.7%, according to the location of the maxilla in the upper maxilla 25.5% presented Kennedy class III and in the lower maxilla the 15.8% presented Kennedy class I, according to age, class III prevailed with 23.2% in the ages of 41-60 years, as generated, Kennedy class III prevailed with 25.2% in the female gender, class III also prevailed of Kennedy with 15.5% in the masculine gender. **Conclusion:** The prevalence of partial edentulism according to the Kennedy classification in patients who attended the Uladech católica de Chimbote Dental Clinic during the years 2017-2018 Class III was the most prevalent with 40.7%.

**Keywords:** Kennedy classification, partial edentulism, prevalence.



## 6. Contenido

1. Título de la tesis.....	ii
2. Equipo de trabajo.....	iii
3. Hoja de firma del jurado y asesor.....	iv
4. Hoja de agradecimiento y/o dedicatoria.....	v
5. Resumen y abstract.....	vii
6. Contenido .....	ix
7. Índice de tablas y gráficos .....	xi
I. Introducción.....	1
II. Revisión de la literatura.....	5
2.1 Antecedentes.....	5
2.2 Bases Teóricas.....	18
III. Hipótesis.....	28
IV. Metodología.....	29
4.1 Diseño de estudio.....	29
4.2 Población y muestra.....	31
4.3 Definición y Operacionalización de variables y los indicadores.....	33
4.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	34
4.5 Plan de análisis.....	35
4.6 Matriz de consistencia.....	36
4.7 Principios éticos.....	37

<b>V. Resultados.....</b>	<b>38</b>
5.1 Resultados.....	38
5.2 <i>Á</i> nlisis de resultados.....	42
<b>VI. Conclusiones.....</b>	<b>47</b>
Aspectos complementarios .....	48
Referencias bibliográficas.....	49
Anexos.....	56

## 7. Índice de gráficos, tablas y cuadros

### Índice de tablas

**Tabla 1.-** Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Uladech católica de Chimbote durante los años 2017-2018.....38

**Tabla 2.-** Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Uladech católica de Chimbote durante los años 2017-2018, según ubicación del maxilar.....39

**Tabla 3.-** Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Uladech católica de Chimbote durante los años 2017-2018, según edad .....40

**Tabla 4.-** Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Uladech católica de Chimbote durante los años 2017-2018, según género .....41

## **Índice de gráficos**

<b>Gráfico 1.-</b> Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Uladech católica de Chimbote durante los años 2017-2018.....	38
<b>Gráfico 2.-</b> Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Uladech católica de Chimbote durante los años 2017-2018, según ubicación del maxilar.....	39
<b>Gráfico 3.-</b> Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Uladech católica de Chimbote durante los años 2017-2018, según edad.....	40
<b>Gráfico 4.-</b> Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Uladech católica de Chimbote durante los años 2017-2018, según género .....	41

## **I. Introducción**

En la historia el edentulismo parcial siempre fue un problema importante para la localidad mundial, siglos antes optaban por extracciones dentarias, el avance clínico odontológico se centra más en los enfoques restaurativos y protésicos.<sup>1</sup> Según la OMS, la caries y las enfermedades periodontales son las principales causantes de pérdida dentaria. El 60%-90% de los escolares y el 100% de los adultos presentan caries dental en todo el mundo. Las enfermedades periodontales graves que producen la pérdida de dientes, son afectadas un 15%-20% de adultos de edad media es de 35 a 44 años.<sup>2</sup>

A nivel internacional, Loja C, Rodas M.<sup>3</sup> (Ecuador,2017) en su investigación de prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, observó que el maxilar superior prevaleció la clase III con 57.8% y en el maxilar inferior prevaleció la clase III con 46.6%. Cargua J.<sup>4</sup> (Quito,2016) en su investigación de prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en la ciudad de Quito. la clase III prevaleció con 53.27% seguida la clase II con 19.93%, la clase I con 15.41% y la menos frecuente la clase IV con 11.39%. Según edad la clase III de Kennedy prevaleció en las edades de 30-39 años, clase I de Kennedy en las edades de 40-49 años, la clase II de Kennedy en las edades de 50-59 años y la clase IV de Kennedy en las edades de 30-39 años. Con respecto al género, la clase III de Kennedy prevaleció en ambos géneros masculino y femenino. Según el arco dentario la clase III de Kennedy predominó en el arco dentario inferior y en el arco dentario superior.

Cedeño C.<sup>5</sup>(Ecuador,2014), en su estudio de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, la clase III tuvo mayor prevalencia con el 44.67%, seguida por la clase I con 28.00%, la clase II el 20 .67% y por último la clase IV 6.33%. En el maxilar superior prevaleció la clase III con 23.67% y en el maxilar inferior predominó la clase III con 21%.

A nivel nacional, Gonzales A.<sup>6</sup> ( Huancayo, 2021) , se encontró que la clasificación de Kennedy fue la clase III con 37% , seguida la clase I con 20.9% , la clase II con 18.8% y la de menor prevalencia la clase IV con 3.9%.Asimismo, Huacachino R.<sup>7</sup>(Lima,2019), evidenciaron que la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy la clase III prevaleció con 63.13%, seguida de la clase II con 29.89%, mientras que la clase I presentó el 25.98% y la de menor prevalencia fue la clase IV con 5.87%.

El edentulismo parcial es un problema que se da a nivel mundial, la población que padece este mal pierde sus piezas dentarias a muy temprana edad, es una condición irreversible y constituye la recta final de la carga de la enfermedad, lo cual conduce a varios inconvenientes que afectan la calidad de vida. La presente investigación se realizó con la finalidad de responder la siguiente pregunta ¿Cuál es la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Uladech católica de Chimbote durante los años 2017-2018? . El objetivo general fue determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Uladech católica de Chimbote durante los años 2017 – 2018. Y los objetivos específicos determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes que acudieron a la Clínica

Odontológica Uladech católica de Chimbote, según ubicación del maxilar, según edad, según género.

El identificar la clase de Kennedy más frecuentemente hallada en pacientes entre los 20 a 80 años de edad de ambos sexos permite tener una idea de hacia dónde debemos de dirigir nuestra atención en la rehabilitación del paciente edéntulo parcial y en que edades y sexo existe mayor prevalencia de pérdida dental además de conocer cuáles son los factores que inciden en la pérdida de piezas dentales además del número de pacientes con necesidades de tratamiento de prótesis parcial removible. Conociendo cual es la demanda de tratamientos de prótesis parcial removible en el servicio de rehabilitación oral se podría considerar la importancia de realizar diseños adecuados para la permanencia de las prótesis en boca ya que constituyen una alternativa de tratamiento accesible para el paciente con el fin de cubrir satisfactoriamente las necesidades de la población. La presente investigación aportará información clínicamente para el odontólogo y la educación clínica continua del mismo sobre la temática de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy, conociendo la situación actual para que las autoridades de salud sigan aplicando la prevención, promoción en salud oral y su tratamiento con la rehabilitación y así evitar que se sigan perdiendo piezas dentarias.

La investigación empleo una metodología de tipo cuantitativo, observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal, de nivel descriptivo y diseño no experimental; para determinar el tamaño de la muestra se utilizó el muestreo probabilístico aleatorio simple para la proporción de población infinita dando como resultados 349 historias clínicas, los cuales se observaron las historias clínicas y se registró en una ficha de recolección de datos.

Obteniendo como resultado, que en su mayoría el 40.7% presentaron la clase III de Kennedy; en el maxilar superior el 25.2% presentaron la clase III de Kennedy, en el maxilar inferior el 15.8% presentaron la clase I de Kennedy; en su mayoría los pacientes de 41 a 60 años de edad prevalecieron la clase III de Kennedy con 23.2%; en el género femenino el 25.2% presentaron la clase III de Kennedy, en el género masculino el 15.5% presentaron la clase III de Kennedy.

La investigación se elabora en base a tres apartados principales, iniciando con la introducción, revisión de literatura que incluye antecedentes y el marco teórico e hipótesis. Seguido la metodología con el tipo, nivel y diseño de investigación, población y muestra, definición y operacionalización de variables, la técnica e instrumento, plan de análisis, matriz de consistencia y principios éticos. Finalmente, los resultados expresados en tablas y gráficos con su debida interpretación, seguido el análisis de resultado, las conclusiones y recomendaciones.



## II. Revisión de la literatura

### 2.1 Antecedentes

#### Antecedentes internacionales

**LojaC,Rodas M.<sup>3</sup> (Ecuador, 2017).** Se realizó un trabajo denominado: Prevalencia de edentulismo parcial según la clase de Kennedy en pacientes que acudieron a la Clínica de la Facultad de Odontología de la universidad de Cuenca durante los periodos 2012-2016. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de edentulismo parcial según las modificaciones a la clasificación de Kennedy, determinar la arcada que presenta mayor edentulismo parcial, determinar la prevalencia de edentulismo parcial según género y según la edad. **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo y observacional. Muestra: El universo se conformó un total de 4941 historias clínicas para obtener el tamaño de la muestra se utilizó el programa epiinfo lo que nos da una muestra de 206 historias clínicas. Método: Se revisó las historias clínicas de los pacientes de la universidad de la cuenca de la facultad de odontología entre las edades de 20 y 80 años, se anotó en la ficha de recolección de datos. **Resultados:** Según la arcada se observó que la clase III prevaleció con un 57.8% en el maxilar superior, seguido de la clase II el 13.1%, la clase I el 8.3% y la clase IV en 0.5%; el maxilar inferior la clase III prevaleció con 46.6%, la clase II con el 23.8%, la clase I con 15.5%, la clase IV no se registró. Con respecto a la modificación predominó la clase III sin modificación con el 45.1% en la arcada superior y con el 51.9% la clase III sin modificación en la arcada inferior. Según el género no existe asociación entre el género y la clase de Kennedy en las arcadas superior e inferior. Según la edad, en el maxilar superior la clase III prevaleció con 67.7% en el grupo de 20 a 40 años, la clase II el 29% en el grupo de 61 a 80 años,

la clase I el 25% en el grupo de 61 a 80 años, la clase IV el 0.5% en el grupo de 41 a 60 años; el maxilar inferior la clase III prevaleció con 57.27% en el grupo de 20 a 40 años, la clase II con 37.5% en el grupo de 61 a 80 años, la clase I con 33.33% en el grupo de 61 a 80 años, clase IV no registro en ningún rango de edad.

**Conclusión:** Se determina mayor prevalencia la clase III de Kennedy tanto en el maxilar superior como en el maxilar inferior, se halló con mayor prevalencia sin modificación tanto el maxilar superior y el maxilar inferior, en el sexo masculino como en el femenino no existe asociación entre el sexo y la clase de Kennedy en las arcadas superior e inferior, el grupo etario de 20 a 40 años presentó mayor prevalencia la clase III de Kennedy en el maxilar superior como el inferior.

**Cargua J.<sup>4</sup> (Ecuador, 2016).** Se realizó un trabajo denominado: Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en la ciudad de Quito.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los habitantes de la ciudad de Quito, según edad, género, el arco dentario. **Metodología:** Es descriptivo, observacional, transversal, epidemiológico.

**Muestra:** La población comprendió de 725,351 personas mayores de 30 años que habitan en la ciudad de Quito, donde la muestra se realizó mediante la fórmula de población finita se obtuvo 384 personas según criterios de inclusión y exclusión.

**Método:** Se recolectó en los formularios de análisis donde contenían los datos personales, clase de Kennedy, causa de la pérdida dental y si es portador de alguna prótesis, se aplicó mediante la observación clínica y para la tabulación de resultados, se utilizó cuadros y gráficos según variables de estudio. **Resultados:** La clase III de Kennedy que más prevaleció con 53.27%, seguida por la clase II con 19.93%, la clase I con 15.41% y la clase IV con 11.39%. Según la edad la clase III

de Kennedy es más prevalente con el 27.30% en el rango de 30-39 años, clase I con el 4.52% en el rango de 40-49 años, la clase II con el 5.70% en el rango de 50-59 años y la clase IV con 8.10% en el rango 30-39 años. La clase III predominó con 31.83% en el género femenino y el 21.44% en el género masculino, seguido de la clase II el 10.89% en el género masculino y con el 9.05% en el género femenino, la clase I el 8.54% en el género femenino y con el 7.04% en el género masculino, la clase IV con el 6.53% en el género femenino y 4.86% en el género masculino. La clase III de Kennedy predominó con 26.80% en el arco dentario superior y el 26.47% en el arco dentario inferior, la clase II con el 11.73% en el arco dentario inferior y con 8.21% en el arco dentario superior, la clase I el 8.88% en el arco dentario inferior y con 6.53% en el arco dentario superior y la clase IV con 10.39% en el arco dentario superior y con el 1.01% en el arco dentario inferior. **Conclusión:** La clase III de Kennedy se presentó con mayor frecuencia en la ciudad de Quito con 53.27%, seguida de la clase II, clase I, clase IV. El edentulismo parcial la clase III de Kennedy preponderó en los dos primeros rangos de edad con el 27.30% en las edades de 30-39 años. La clase III de Kennedy es la más frecuente en el género femenino con 31.83% y en el género masculino con 21.44%. La clase III de Kennedy predominó en el arco dentario superior con 26.80% y en arco dentario inferior con 26.47%.

**Cedeño C.<sup>5</sup> (Ecuador, 2014).** Se realizó un trabajo denominado: Edentulismo parcial según clasificación de Kennedy en la población adulta de 30 a 70 años de la Parroquia Colon del Cantón Portoviejo, durante el periodo marzo-agosto 2014. **Objetivos:** Determinar la frecuencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en ambos maxilares y sus modificaciones respectivas, determinar la

frecuencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en ambos maxilares por edad, por sexo, establecer la frecuencia de piezas dentales perdidas.

**Metodología:** Epidemiológico, descriptivo, observacional de corte transversal.

**Muestra:** Se consideró como muestra el 1% del total de la población dando como resultado 133,15 habitantes y para efectuarlo se redondeó la cantidad de la muestra en 150 personas. **Método:** Se obtuvo de los datos registrados en las 150 fichas dentales de las personas que viven en la parroquia Colon. **Resultados:** La clase III de Kennedy tuvo mayor frecuencia con un 44.67%, seguida por la clase I con 28 %, la clase II con 20.67% y la clase IV con el 6.33%. Según el maxilar superior prevaleció la clase III de Kennedy con 23.67%, seguida de la clase I con 11.3%, la clase II con 11% y la clase IV con 4.00%; en el maxilar inferior prevaleció la clase III con 21.00%, seguida de la clase I con 16.67%, la clase II con 9.67% y la clase IV con 2.33%. Con respecto a sus modificaciones prevaleció la clase III, mod 1 con 41.35%; la clase I, mod 1 con 40.96% y por último la clase II, mod 1 con 33.85%. La clase III de Kennedy predominó el 37.31% en las edades de 30 a 40 años, la clase I con el 47.62% en las edades de 61 a 70 años, la clase II con el 43.55% en las edades de 51 a 60 años y la clase IV con el 42.11% en las edades de 51 a 60 años. Según el género femenino predominó la clase III de Kennedy con 29.00%, la clase II con 15.00%, la clase I con 14.67% y la clase IV con 3.67%; en el género masculino prevaleció la clase III con 15.67%, seguida de la clase I con 13.33%, la clase II con 5.67% y la clase IV con 2.67%. Frecuencia de piezas dentales perdidas que presenta mayor ausencia es la pieza 3.7 con el 6.09%, seguida de la pieza 3.6 con el 5.65% y la pieza 4.7 con el 5.50%. **Conclusión:** La clasificación de Kennedy que predominó la clase III, seguida la clase I, la clase II y la menor frecuencia fue

la clase IV. La clase III, mod 1 se encontraron la mayor frecuencia, seguida por la Clase I, mod 1 y la Clase II, mod 1. Se presentó con mayor prevalencia la clase III de Kennedy en ambos maxilares. En lo que se refiere al género, la mayor frecuencia se estableció en la Clase III para ambos sexos. La Clase III predominó el rango de edad entre 30-40 años, la Clase II predominó el rango de edad entre 51-60 años, en la Clase I predominó el rango de edad entre 61-70 años, en la Clase IV predominó el rango de edad entre 51-60 años. La pieza dental con mayor ausencia es la pieza 3.7.

### **Antecedentes nacionales**

**Gonzales A.<sup>6</sup> (Huancayo, 2021).** Se realizó un trabajo denominado: Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en una Clínica Particular Arequipa, 2021. **Objetivo:** Estimar la prevalencia del edentulismo parcial en pacientes atendidos en una Clínica Particular Arequipa 2021, según la clasificación de Kennedy, según sexo, según edad, según la ubicación del maxilar. **Metodología:** Cuantitativo, observacional, nivel de investigación descriptivo, diseño no experimental. Muestra: La población son todos los modelos de diagnóstico de pacientes edéntulos parciales que se tomaron en una Clínica Particular de la Ciudad de Arequipa 2021, la muestra suma 468 modelos de estudio de 234 pacientes la técnica de muestreo es aleatoria simple. Método: Se realizó la técnica de observación a los modelos de estudio sacada a pacientes en determinado periodo y fotografiadas para su análisis, registrado en una ficha para la recolección de datos. **Resultados:** Predominó la clase III de Kennedy con 37.00 %, seguida la clase I con 20.09 %, la clase II con 18.08 % y la clase IV con 3.09 %. En el sexo masculino predominó la clase III de Kennedy con 38%, seguida de la

clase I con 21.00%, la clase II con 20.00% y la clase IV con el 3.00 %; en el sexo femenino prevaleció la clase III con 36.00%, seguida de la clase I con 21.00 %, la clase II con 18.00% y por último la clase IV con el 4.00%. La clase I de Kennedy predominó con 25.00% en las edades de 20 a 30 años, la clase II con 27.00% en las edades de 61 a 70 años, la clase III con 18.00 % en las edades de 51 a 60 años, la clase IV con 8.00% en las edades de 20 a 30 años. En el maxilar superior predominó la clase III con 42.03%, la clase II con el 20.05%, la clase I con el 9.08% y la clase IV con el 5.06%; en el maxilar inferior predominó la clase I con el 32.01%, seguida de la clase III con 31.06%, la clase II con 17.01 % y la clase IV con el 2.01%.

**Conclusión:** Prevaleció la clase III Kennedy con 37.00%. En relación con el sexo en el sexo masculino prevaleció la clase III con 38.00% y el sexo femenino prevaleció la clase III con 36.00%. Con respecto la clase I de Kennedy predominó en las edades de 20 a 30 años, la clase II en las edades de 61 a 70 años, la clase III en las edades de 51 a 60 años y la clase IV en las edades de 20 a 30 años. En el maxilar superior predominó la clase III y en el maxilar inferior predominó la clase I con el 32.1%.

**Huacachino R.<sup>7</sup> (Lima, 2019).** Se realizó un trabajo denominado: Frecuencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pobladores de 20 a 80 años de edad del distrito de Margos, Huánuco 2018. **Objetivo:** Determinar la frecuencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pobladores de 20 a 80 años del distrito de Margos Huánuco 2018, según sexo, según grupo etario, según tipo de maxilares. **Metodología:** La presente investigación es de tipo descriptivo, observacional, prospectivo y de corte transversal, nivel de la investigación descriptivo. Muestra: La población se tuvo en consideración la

población electoral de las últimas elecciones regionales y municipales del 2014 conformadas por 5249, la muestra estuvo conformada por 358 pobladores del distrito de Margos el cálculo se realizó por el método probabilístico para variables cualitativas de una población de proporción finita. Método: Se utilizó la técnica observacional y el uso del instrumento tipo de ficha de recolección de datos para el registro de la evaluación bucal. **Resultados:** La clase de Kennedy con mayor frecuencia fue la clase III con 63.13%, la clase II con 29.89%, la clase I con 25.98 % y la clase IV con 5.87%. El sexo femenino predominó la clase III de Kennedy con 63.09%, la clase II el 28.04%, la clase I el 25.08% y la clase IV el 7.07%; en el sexo masculino predominó la clase III con 62.02%, seguido de la clase II el 31.07 %, la clase I con 26.02% y la clase IV con 3.07%. La clase III de Kennedy prevaleció con 83.20% en las edades de 20 a 40 años, la clase I con 54.63% en las edades de 61 a 80 años, la clase II con 40.00% en las edades de 41 a 60 años y la clase IV con 8.80% en las edades de 41 a 60 años. El maxilar superior predominó la clase III de Kennedy con 26.82%, la clase II el 10.06%, la clase I el 3.91% y la clase IV el 3.63%; en el maxilar inferior la clase III con 24.30%, la clase II con 17.04%, la clase I con 12.57% y la clase IV con 2.23%. **Conclusión:** La clase III de Kennedy es el de mayor frecuencia con 63.13%. La clase III de Kennedy es el más frecuente en ambos sexos. La clase III de Kennedy prevaleció en las edades de 20 a 40 años, la clase I de Kennedy en las edades de 61 a 80 años, la clase II en las edades de 41 a 60 años y la clase IV en las edades de 41 a 60 años. La clase III de Kennedy es el más frecuente en el maxilar superior con 26.82% y también en el maxilar inferior con 24.30%.

**Turpo C.<sup>8</sup> (Tacna, 2019).** Se realizó un trabajo denominado: Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Latinoamericana Cima, Tacna -2017. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de edentulismo parcial, según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica Docente asistencial de la Universidad Latinoamericana Cima, Tacna -2017, en el maxilar superior, en el maxilar inferior, por género, por edad. **Metodología:** Tipo de la investigación es observacional, transversal, retrospectivo, nivel descriptivo, diseño de investigación descriptivo simple. Muestra: La población estuvo conformada por 339 historias clínicas de pacientes atendidos en la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Latinoamericana Cima, 2017. La muestra estuvo conformada por 159 historias clínicas obtenida por muestreo no probabilístico por conveniencia. Método: La observación directa a las historias clínicas y el llenado de la ficha de recolección de datos. **Resultados:** El maxilar superior predominó la clase III de Kennedy con 40.09%, la clase II con el 24.05%, la clase I con el 12.06% y la clase IV no registró; en el maxilar inferior predominó la clase III con 43.04%, la clase II con el 25.02%, la clase I con el 23.09% y la clase IV no registró. En el maxilar superior según el género femenino prevaleció la clase III con 25.08%, la clase II con el 15.01%, la clase I con el 6.09%; en el género masculino fue la clase III con 15.01%, la clase II con el 9.04% y la clase I con el 5.07%. En el maxilar inferior según el género femenino prevaleció la clase III con 27.00%, la clase II con el 16.04%, la clase I con el 13.08%; en el género masculino la más frecuente fue la clase III con 16.04%, la clase II con el 8.08%, la clase I con el 10.01%. En el maxilar superior según la edad la clase I



predominó con 6.09% en las edades de 41 a 60 años, la clase II con 13.02% en las edades de 41 a 60 años, la clase III con 20.01% en las edades de 20 a 40 años. En el maxilar inferior según la edad la clase I prevaleció con 13.02% en las edades de 41 a 60 años, la clase II con 13.08% en las edades de 41 a 60 años y la clase III con 26.04% en las edades de 20 a 40 años. **Conclusión:** Prevaleció la clase III de Kennedy en ambos maxilares. En el maxilar superior e inferior con respecto a ambos géneros prevalecieron la clase III de Kennedy. En el maxilar superior e inferior con respecto a la edad prevaleció la clase I de Kennedy en las edades de 41 a 60 años, la clase II de Kennedy en las edades de 41 a 60 años y la clase III en las edades de 20 a 40 años.

**Córdova H.<sup>9</sup> (Lima, 2017).** Se realizó un trabajo denominado: Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de 30 a 59 años del Centro Imágenes Estomatológicas Eirl, Lima 2017. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de 30 a 59 años del centro “Imágenes Estomatológicas” EIRL, Lima 2017. Según ubicación del maxilar, según edad, según género, según número de modificaciones. **Metodología:** De tipo observacional, cuantitativo, descriptivo y transversal, de nivel descriptivo. Muestra: La muestra fue obtenida mediante tamaño mínimo muestral en población finita fue probalística, muestra mínima 150 radiografías panorámicas de pacientes edentulos parciales del centro Imágenes Estomatológicas EIRI. Método: Se revisó las radiografías panorámicas de los pacientes edéntulos parciales, siendo registrados los datos de las variables a estudiar en la ficha de recolección de datos. **Resultados:** La clase III de Kennedy prevaleció con el 39.03 %, seguida de la clase I con el 32.00%, la clase II con el 26.07% y por último la

clase IV el 2.00 %. En el maxilar superior predominó clase III de Kennedy el 36.09%, la clase II el 32.06%, la clase I el 23.09% y la clase IV el 6.06%; en el maxilar inferior presentó el 40.04% la clase III de Kennedy, la clase I el 35.06%, la clase II el 24.00%, la clase IV no registro. Según la edad la clase I de Kennedy el 58,00% prevaleció en las edades de 50 a 59 años, la clase II el 52.05% en las edades de 40 a 49 años, la clase III el 52.05% en las edades de 30 a 39 años, la clase IV el 100 % en las edades de 50 a 59 años. El género masculino el 45.07% la clase III de Kennedy, el 30.00 % la clase I, el 24.03% la clase II y la clase IV no registró; el género femenino el 33.75% la clase I, el 33.75% la clase III, el 28.75% la clase II y el 3.75% la clase IV. La clase I de Kennedy el 47.09% predominó en la modificación 2, la clase II el 50.00% en la modificación 3, la clase III en la modificación 1 con 47.05%. **Conclusión:** Según la clasificación de Kennedy con mayor frecuencia la clase III con un 39.03 %, la clase I con 32.00%, la clase II con el 26.07% y la clase IV con el 2.00 %. En el maxilar superior como en el maxilar inferior prevaleció la clase III de Kennedy. Con mayor frecuencia la clase I de Kennedy predominó en personas de 50 a 59 años, la clase II en personas de 40 a 49 años, la clase III en personas de 30 a 39 años y la clase IV en personas de 50 a 59 años. La clase III de Kennedy predominó para el masculino y femenino. La prevalencia de edentulismo parcial según la clase I, mod 1 presentó un 47.09%, la clase II, mod 3 presentó un 50.00% y la clase III, mod 1 presentó un 47.05%.

**Rodríguez A.<sup>10</sup> (Trujillo, 2017).** Se realizó un trabajo denominado: Prevalencia de edentulismo parcial en pacientes de 25 a 70 años de edad atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Privada Antenor Orrego del 2013 al 2016.

**Objetivo:** Realizó una investigación para determinar la prevalencia de edentulismo

parcial en pacientes de 25 a 70 años de edad atendidos en la Clínica Estomatológica de la Universidad Privada Antenor Orrego del 2013 al 2016, determinar la prevalencia de edentulismo parcial según edad, según género, según maxilar, según sector dentario y pieza dentaria. **Metodología:** Retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional. Muestra: Incluyó un total de 284 historias clínicas de pacientes que fueron seleccionados utilizando el método de selección por muestreo no probabilístico por conveniencia. Método: Observación de las historias clínicas y se recogieron datos de la historia clínica en una ficha de recolección de datos. **Resultados:** La clase III de Kennedy prevaleció con 40.27 %, la clase II con el 31.00%, la clase I con 24.89%, la clase IV con 3.04%. En el maxilar superior prevaleció la clase III con 44.02%, la clase II con 31.03%, la clase I con 17.05% y la clase IV con 6.00%; en el maxilar inferior la clase III con 36.04%, la clase I con 32.00%, la clase II con 30.07% y la clase IV con 0.09%. La clase III de Kennedy fue más prevalente entre el rango de 25 a 39 años para el maxilar superior con 62.26 % y en el maxilar inferior con 48.28%, la clase II entre el rango de 40 a 59 años para el maxilar superior con 34.40% y para el maxilar inferior con 33.83%, la clase I entre el rango de 60 a 70 años para el maxilar superior con 41.03% y para el maxilar inferior con 64.07%, la clase IV entre el rango 40 a 59 años para el maxilar superior con 7.20% para el maxilar inferior no registró. En el género masculino la clase III de Kennedy prevaleció en el maxilar superior con el 43.48% y la clase II en el maxilar inferior con el 34.92%; en el género femenino prevaleció la clase III en el maxilar superior con 44.59% y en el maxilar inferior con 38.27%., prevaleció para el cuadrante 1 la pieza dental 1.6 con 19.97% y la 1.5 con 18.52%; el cuadrante 2 fue la pieza dental 2.6 con el 17.82% y la 2.5 con 17.36%; el cuadrante 3 fue la

pieza dental 3.6 con 30.78% seguida de la pieza 3.7 con 25.73%; el cuadrante 4 la pieza 4.6 con 29.81%, seguida de la pieza 4.7 con 25.13%. **Conclusión:** Que la clase III de Kennedy prevaleció seguida de la clase II, I, IV. La clase III de Kennedy presentó mayor prevalencia sobre el rango 25 a 39 años, la clase II entre el rango de 40 a 59 años, la clase I entre el rango de 60 a 70 años, la clase IV entre el rango de 40 a 59 años, la clase III de Kennedy predominó en hombres y mujeres. El maxilar superior y inferior predominó la clase III de Kennedy. La pieza dentaria y el sector dentario se determinó que en el cuadrante 1 y 2 la pieza 1.6 y 2.6 presentó mayor incidencia, en los cuadrantes 3 y 4 las piezas 3.6 y 4.6.

**Corpuna E.<sup>11</sup> (Cuzco, 2012).** Se realizó un trabajo denominado: Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en paciente que acuden al servicio de odontología en el Centro de Salud de Belenpámpa, Cuzco-2012.

**Objetivo:** Se realizó la investigación para conocer la prevalencia de edentulismo parcial, según la Clasificación de Kennedy con sus respectivas modificaciones tanto en el maxilar superior como en el maxilar inferior, establecer la prevalencia de edentulismo parcial según Kennedy de acuerdo a la edad y al sexo en pacientes de 20 años a más, en el servicio de Odontología del Centro de Salud de Belenpampa, del distrito de Santiago, Cuzco.**Metodología:** Descriptivo, prospectiva, transversal, cuantitativa, el diseño de la investigación es no experimental. Muestra: La muestra fue obtenida mediante tamaño mínimo muestral en población finita, fue no probabilística por conveniencia tuvo como resultado 246 pacientes. Método: Se utilizó la observación clínica directa de la cavidad bucal y se apuntó en una ficha de recolección de datos, donde se analizaron 410 maxilares. **Resultado:** La Clase III de Kennedy presentó la mayor prevalencia con el 50.98%, la Clase II con el

24.15%, la Clase I con 21.95% y la Clase IV con 2.93%. Con respecto a la modificación en el maxilar superior la Clase I, mod 2 presentó el 37.84%, la clase II, mod 1 el 46.34% y la clase III, mod 1 con 44.68%; el maxilar inferior la clase I, mod 1 el 11.32%, la clase II, mod 1 con 34.48% y la clase III, mod 1 con 48.70%. De acuerdo a la edad es más prevalente en el grupo de 20-29 años con 54.51% , seguida del grupo de 30-39 años edad predominó el 27.87% , el grupo de 40-49 años con 11.07% , el grupo de 50-59 años con el 3.03% ,el grupo de 60-69 años con 2.05% , el grupo de 80 años a más con el 0.82% y el grupo de 70-79 años con 0.41% .De acuerdo al género es más prevalente en mujeres con 88.62% y el menos prevalente en el grupo de varones con el 11.38%.**Conclusión:** La clase de Kennedy con mayor prevalencia la clase III, seguida de la clase II, clase I y la menos prevalente la clase IV. En el maxilar superior la clase II, mod 1 que más prevaleció y en el maxilar inferior la Clase III, mod 1 que más prevaleció. De acuerdo a la edad es más prevalente en los pacientes que presentan edades de 20-29 años. De los 246 pacientes, 218 pacientes son mujeres y los 28 pacientes son varones.

## 2.2 Bases teóricas

### El edentulismo

Es considerado un estado de salud bucal irreversible e incapacitante que se define como la ausencia total y parcial de piezas dental, según su etiología es un proceso que se da a lo largo de la existencia de la vida donde es congénita y adquirida. El edentulismo congénito que se presentan como síndromes congénitos muy graves y generalmente dañan la salud integra de la persona, lo que da como resultado la ausencia de la pieza dental. El edentulismo adquirido, es decir la pérdida de dientes durante nuestra vida es un hecho más común esta relacionados a las enfermedades como caries, patología periodontal, traumatismos , iatrogenia al no ser tratado está a tiempo llegan afectar la estética, soporte y estructura a los tejidos blando de la boca, puesto que son órganos que mantienen el equilibrio desencadenando alteraciones oclusales lo que produce un daño irreversible al sistema estomatognático como a la articulación temporomandibular , los músculos de cara y cuello, causan problemas en la función de fonación ,deglución y masticación generando mala nutrición , déficit de hierro y problemas digestivos.<sup>12</sup>

La organización Mundial de la salud define al edentulismo como el resultado de la acumulación de patologías orales donde reflejan el fracaso de modalidades preventivas echas por un sistema de salud. Tiene un grande impacto sobre la calidad de vida de la persona percibiéndolo de diferentes maneras y pueden variar desde sentimientos de mal humor, tristeza, vergüenza de reír y hablar hasta intensas emociones de inferioridad e invalidez con el entorno que lo rodea esta afectación provoca acciones de inconveniencias, limitación social, psicológica, funcional. La pérdida de los dientes equivale a perder una parte del cuerpo y su tratamiento

protésico se dirige a solucionar diversos problemas biomecánicos, de modo que el uso de prótesis es la elección más común, la manera más rápida, más simple y menos costosa.<sup>13</sup>

## **Causas del edentulismo parcial**

### **La caries dental**

La caries dental es una enfermedad infectocontagiosa multifactorial que se caracteriza por la destrucción de los tejidos duros del diente como consecuencia de la desmineralización provocada por los ácidos que genera la placa bacteriana como resultado del metabolismo bacteriano sobre los alimentos<sup>14</sup>. Entre los factores etiológicos que contribuyen a formar caries dental está el huésped, el sustrato, la microflora y el tiempo. El grado de cariogenicidad depende de la localización de los microorganismos en superficies, número de microorganismos, la producción de ácidos capaces de disolver estructuras dentales, la naturaleza gelatinosa de la placa que favorece la retención de los compuestos formados en ella.<sup>15</sup> La caries es una patología que frecuentemente perjudica a toda la población. Se estima que de los escolares el 60% y 90% presenta esta patología, mientras que el 100% de los adultos en todo el mundo lo presenta (Organización Mundial de la Salud, 2012). Está considerada como una enfermedad severa y de mayor coincidencia en las poblaciones de diferentes países, como en los países industrializados que afecta a una gran multitud, es un proceso que va afectando lentamente, la problemática de caries esta relacionando por la falta de información del individuo sobre el cuidado de la cavidad oral.<sup>16</sup>

### **Bacterias cariogénicas:**

Streptococos mutans, sobrinus, sanguis, salivaris; Son los que comienzan las caries. Tienen propiedades acidúricas desmineralizan el esmalte y la dentina.<sup>16</sup>

Lactobacillus casei: Es acidófilo, continúa las caries ya formadas, son proteolíticos desnaturalizan las proteínas de la dentina.<sup>16</sup>

Actinomyces viscosus, naeslundii: Tienen efecto acidúrica y proteolítica.<sup>16</sup>

### **La Enfermedad periodontal**

Es una enfermedad de origen bacteriano que dan como resultados una reacción inflamatoria de la encía y tejidos periodontales con pérdida progresiva del tejido óseo que se manifiesta con el tiempo por una deficiente higiene oral. La enfermedad periodontal es considerada la segunda causa de pérdida dental que afecta a más del 50 % adultos de 45 años a más. Se denomina gingivitis es la etapa más temprana inflamatoria localizada o generalizada, se produce una serie de factores como edema blando por exceso de líquido, enrojecimiento, sangrado espontaneo o inducidos por el cepillado o la masticación, la encía se vuelve un rojo brillante y su estabilidad es fluctuante y edematosa, la placa dental depositada sobre los dientes es observadas en seres humanos que dejan de hacerse su higiene oral de 10 a 20 días. La periodontitis es la infección que afecta los tejidos periodontales de soporte, lo que provoca modificaciones en la densidad y altura que lleva a la destrucción del hueso alveolar y ligamento periodontal. El avance de la periodontitis es de evolución lenta la maduración de la placa produce la concentración de cálculo dental, se desarrolla cuando la gingivitis no es tratada hasta erradicarla, la presencia de flora microbiana predominante periodontopatogènica como el Actino



mycetemcomitans, P gingivalis, T forythia. Los tratamientos tanto preventivos como curativos, están dirigidos a eliminar la mayor cantidad de microorganismos patógenos que sea posible, a través de las diferentes técnicas de higiene adecuadas, combinadas con la terapia de remoción de placa bacteriana y cálculos.<sup>17</sup>

Estudios realizados demuestran que existen factores, condiciones o características asociadas fuertemente al individuo o grupo de individuos que poseen una determinada enfermedad comparada con los que no la tienen, de las periodontopatías, cuando están presentes se produce un cambio en la respuesta del hospedero a los microorganismos. Los factores de riesgo que favorecen la progresión son la edad, el género, la raza, la genética y el nivel socioeconómico, el tabaco y la diabetes mellitus, la placa bacteriana, los microorganismos presentes y la higiene oral, también están los factores de riesgo locales son la impactación alimenticia con pérdida de inserción y aumento de la profundidad al sondaje, los espacios interdentes amplios, tratamiento con fármacos inmunosupresores , todos estos factores deben ser considerados debido a que existe un elevado porcentaje de adultos y adultos mayores que presenta alguna de estas condiciones.<sup>18</sup>

### **Los traumatismos dentales**

Son lesiones de extensión e intensidad variables que se producen en los dientes, desarrollan una infección que se produce a nivel pulpar y periapical, pero los peligrosos efectos de estos traumatismos a menudo terminan en la pérdida de los tejidos dentarios, causando problemas de estética y de función en los pacientes.<sup>19</sup>

Los traumatismos se clasifican en fracturas coronarias son las fisuras del esmalte, fractura coronaria no complicada y complicada, fracturas radiculares son fracturas

intraalveolares y coronoradicular, luxación, subluxación, intrusión y por último la avulsión determinando estos factores se procede a la extracción o no del diente lesionado. Los dientes anteriores en su posición natural están protruidos y son más propensos a los accidentes en las personas de la tercera edad, un impacto leve provoca la fractura de los dientes a nivel de corona y de raíces de los dientes. Estas lesiones se producen a lo largo de la vida por accidentes, por el estilo de vida moderno, la práctica de deportes, los accidentes de tráfico, las acciones de violencia o caídas en estado etílico.<sup>20,21</sup>

### **Las Enfermedades sistémicas**

Las alteraciones respiratorias como el asma se relacionan al edentulismo por la inhalación, la cortisona siendo el primer corticosteroide ocasionan la osteoporosis, causan un efecto inhibitorio sobre los receptores de los osteoblastos, reduciendo la absorción del calcio en el intestino delgado que es una función dependiente de la vitamina D<sup>13</sup>, después del tratamiento se ha demostrado pérdida de masa ósea. La diabetes mellitus no controlado provoca un riesgo alto de contraer las enfermedades periodontales moderado o grave que es una inflamación crónica asociada a una hiperglucemia prolongada que va producir una glucosilación avanzada se acumulan en mayores cantidades causando la degradación del tejido conectivo, la reabsorción del hueso alveolar que lleva al paciente a perder la pieza dentaria.<sup>22</sup>La desnutrición está relacionada con el edentulismo y la osteoporosis, los pacientes sin rehabilitación protésica presentan un mal estado nutricional con deficiencia de proteínas y disminución en ingerir fibras y antioxidantes. La mujer embarazada tiene muchos cambios hormonales pueden producir aumento de bacterias cariogénicas lo que produce cambios en los tejidos gingivales por incremento de

permeabilidad vascular influyen las bacterias gramnegativas viables del biofilm y las citoquinas pro inflamatorias que pueden ingresar al torrente sanguíneo durante la manipulación de los tejidos orales esto influye en la salud general. Los mismos pacientes por tiempo o costos deciden por las exodoncias.<sup>23</sup>

### **Consecuencias del edentulismo parcial**

Edentulismo, o la pérdida de dientes, pueden robarle mucho más que la capacidad de masticar y digerir los alimentos adecuadamente. La pérdida de dientes tiene graves consecuencias sociales, psicológicas y emocionales, lo que afecta su calidad de vida, la autoimagen y la autoestima.<sup>24</sup>

- Reabsorción ósea, es la pérdida del hueso alveolar es un proceso continuo que se presenta después de la extracción dentaria, el reborde mandibular muestra una reabsorción constante mientras que el reborde maxilar se estabiliza a los tres años, la trituración deficiente de los alimentos al faltar dientes la mandíbula busca diferentes formas para lograr una masticación correcta.<sup>24</sup>
- Alteraciones estéticas, interfiere el soporte de los labios, mejillas provocando cambios de rasgos faciales puede tener efectos dramáticos en la fisionomía del paciente como la pérdida de expresión labial, boca ensanchada, disminución de la dimensión vertical afecta la altura facial la misma que muestra una apariencia envejecida, protrusión mandibular, sonrisa invertida, líneas nasogenianas más marcada.<sup>24</sup>
- Disminución de la eficacia masticatoria, el número de dientes es un indicador determinante por lo que un remanente dentario inferior a 20 dientes está

asociado al rendimiento masticatorio defectuoso lo que provoca un proceso de atrofia difusa en el sistema estomatognático perjudicando la salud general del organismo ya que la cavidad bucal es la puerta de entrada de los alimentos para producir la formación del bolo alimenticio.<sup>24</sup>

- Migración dental, es el cambio en la posición de los dientes vecinos hacia el nuevo espacio provocado por la extracción, cambia su eje axial, se necesitan fuerzas ligeras y continuas. La migración produce en los dientes inclinación, rotación, extrusión, intrusión, reduciendo el apoyo periodontal y causando a su vez la pérdida del hueso alveolar resultando así el edentulismo.<sup>25</sup>
- Consecuencias fonéticas , los paciente encontrará que la pronunciación de palabras o de algunos sonidos será diferentes de lo acostumbrado ,cuando los dientes faltantes son de la zona anterior hay letras que se pronuncian apoyando la lengua contra los incisivos superiores al estar ausentes se produce un sonido sibilante la letra f- v y la z utiliza la punta de la lengua y el borde de lo incisivos superiores, la letras como T- D utiliza la lengua y la cara lingual de los incisivos superiores , las premolares y las molares participan en la letra LL. <sup>25</sup>
- Extrusión de dientes es uno de los cambios en la posición dentaria es la presencia de supra erupción, la cual se produce cuando se pierde el antagonista de un diente, provocando que sobrepase el plano de oclusión. <sup>25</sup>
- Atrición dental es un desgaste progresivo lento y fisiológico del esmalte y de la dentina al contacto de diente con diente durante la masticación, afectan las superficies oclusales e incisales .<sup>26</sup>

- Consecuencias psicosociales al perder sus piezas dentales los pacientes no suelen encontrarse con un entorno especialmente empático, al perder una parte del cuerpo ocasiona sentimientos de inferioridad, una autoestima negativa, la ansiedad y la depresión puede sobrevenir provocando en casos extremos el aislamiento de dichos pacientes .<sup>26</sup>

### **Prótesis parcial removible**

Tiene como objetivo reemplazar los dientes y las estructuras vecinas mediante sustitutos artificiales que son fácilmente insertados y removidos de la boca. El tratamiento protésico debe conseguir la preservación duradera de lo que queda en la boca más que la restauración meticulosa de lo que falta. La prótesis parcial removible es ampliamente usada para el tratamiento de edéntulos parciales es económica y fácil de hacer se hacen con aleaciones de cromo y cobalto también se usan aleaciones de níquel y cromo, últimamente aleaciones de titanio estas aleaciones son relativamente fáciles de trabajar tienen alta rigidez, resistencia a la corrosión, poco peso, su bajo costo permite que esté al alcance de una población más numerosa. La ppr es lo último que se hace después de tratar lo casos indicados, un buen recurso para restaurar al edéntulo parcial es el examen clínico complementado con exámenes auxiliares en los que se incluye el uso de los modelos montados en el articulador. Los modelos permiten el examen con el paralelògrafo determinar el ecuador, el análisis de la oclusión, la articulación de los dientes, visualizar los desgastes y modificaciones a realizarse en los dientes y la elaboración de los planos guías de los dientes. <sup>27</sup>

Entre los aspectos que es preciso considerar al diseñar la dentadura parcial removible en adultos mayores está el soporte mucoso y el dentario, la retención y la estabilidad del aparato protésico, el soporte mucoso deberá tener la mayor extensión posible y permitir el sellado como si se tratara de una prótesis total, debe ubicarse en el mayor número de dientes de tal manera que las fuerzas se ejerzan axialmente y protejan los tejidos mucosos subyacentes, por esta razón con frecuencia se utilizan los apoyos oclusales dobles, la retención es mediante el sellado periférico y la utilización de planos guías que limitan la vía de inserción, la estabilidad se obtiene mediante una extensión adecuada de los flancos protésicos, por lo tanto es muy importante obtener una impresión funcional con el fin de mejorar la adaptación de la base protésica a los tejidos.<sup>27</sup>

### **Clasificación de Kennedy**

Propuesto por Edward Kennedy en 1925 dividió todos los arcos parcialmente desdentados en cuatro tipos principales Clase I, Clase II, Clase III, Clase IV. Las áreas desdentadas distintas de aquellas que determinan los tipos principales fueron denominadas modificaciones. la clasificación Kennedy es la siguiente: <sup>28</sup>

- Clase I: Áreas edéntulas bilaterales posteriores a los dientes naturales remanentes, las subclases se denominan según el número de espacios libres en modificaciones.<sup>28</sup>
- Clase II: Áreas desdentada unilateral localizada posterior a los dientes naturales remanentes, el otro lado existe la totalidad de los dientes excepto cuando existe modificaciones según el espacio desdentado.<sup>28</sup>

- Clase III: Áreas desdentada unilateral con dientes naturales remanentes anterior y posterior a ella.<sup>28</sup>
- Clase IV: La zona desdentada corresponde al grupo anterior, área edéntula única bilateral (por atravesar la línea media ubicada en posición anterior con respecto a los dientes naturales remanentes).<sup>28</sup>

Además de las variaciones mencionadas, Applegate elaboró ocho reglas para mejorar el uso de la clasificación de Kennedy.<sup>28</sup>

- La clasificación debe ser después de, y no antes de realizar la exodoncia que podrían alterar la clasificación original.<sup>28</sup>
- Si falta el tercer molar, ese espacio edéntulo está fuera de la clasificación, porque el tercer molar no es reemplazado.<sup>28</sup>
- Si los terceros molares están presentes y se van a usar como pilares deben ser considerados en la clasificación.<sup>28</sup>
- Si falta un segundo molar y no son reemplazados, no se debe considerar en la clasificación, este caso se da cuando el segundo molar antagonista también falta y no va a ser restaurado.<sup>28</sup>
- El área o áreas desdentadas más posterior siempre es la determinante de la clasificación.<sup>28</sup>
- Las áreas desdentadas distintas de aquella que determina la clasificación se denominan modificaciones, son determinadas por su número.<sup>28</sup>
- La extensión del espacio de la modificación no se considera en la clasificación, sino tan solo la cantidad de zonas desdentadas adicionalmente.<sup>28</sup>
- Solo las clases I, II y III pueden tener modificaciones, la clase IV no acepta modificaciones.<sup>28</sup>

### **III. Hipótesis**

El presente estudio, por ser de carácter descriptivo, no necesita de la presencia de una hipótesis.

Según Supo J., en su libro sobre los tipos de investigación, considera que los estudios no experimentales, no demostrarán una posible respuesta al realizar el estudio, siendo innecesario el planteamiento de una hipótesis.<sup>29</sup>



## **IV. Metodología**

### **4.1 Diseño de la investigación**

#### **Tipo de investigación**

##### **De acuerdo al enfoque:** Cuantitativa

- Según supo, La investigación cuantitativa trata de determinar la fuerza de asociación o correlación entre variables, generalización y objetivación a través de una muestra para hacer inferencia a una población de la cual toda muestra procede.<sup>29</sup>

##### **De acuerdo a la intervención:** Observacional

- Según Supo, en su libro sobre los tipos de investigación, considera que un estudio es observacional, cuando el investigador no va a realizar una intervención que pueda modificar los eventos naturales.<sup>29</sup>

##### **De acuerdo a la planificación:** Retrospectivo

- Según Supo, en su libro sobre los tipos de investigación, considera que un estudio es retrospectivo, porque desarrolla la investigación recopilando una ficha de recolección de datos de historias clínicas.<sup>29</sup>

##### **De acuerdo al número de ocasiones:** Transversal

- Según Supo, en su libro sobre los tipos de investigación, considera que un estudio es transversal, porque se hizo el levantamiento de las variables en una sola fecha.<sup>29</sup>

### **De acuerdo al número de variables: Descriptivo**

- Según Supo, en su libro sobre los tipos de investigación, considera que un estudio es descriptivo, porque tiene una sola variable de estudio a medir.<sup>29</sup>

### **Nivel de la investigación**

La presente investigación es de nivel descriptivo.

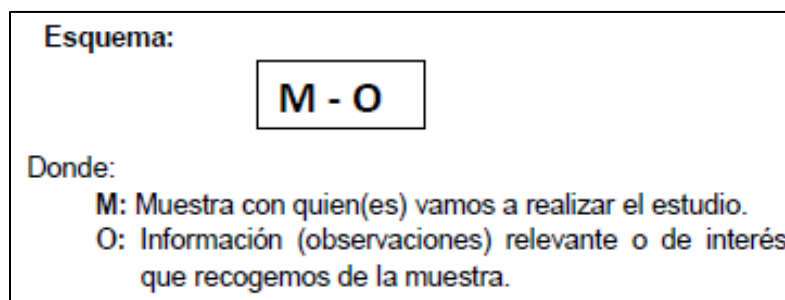
- Según Supo, en su libro sobre los tipos de investigación, considera que un estudio es descriptivo, porque tiene como finalidad medir parámetros con intervalos de confianza en función a una descripción.<sup>29</sup>

### **Diseño de la investigación**

La investigación es de diseño no experimental

Según Supo, en su libro sobre los tipos de investigación, considera que un estudio es no experimental, cuando no existe intervención o modificación por parte del investigador.<sup>29</sup>

- Esquema de la investigación:



## **4.2 Población y muestra**

### **Población**

Conformado por las historias clínicas de los pacientes adultos atendidos en la Clínica Odontológica Uladech católica de Chimbote durante los años 2017-2018.

### **Criterios de selección:**

#### Criterios de inclusión

- Historias clínicas de pacientes que recibieron tratamiento de PPR y que fueron atendidos en la Clínica Odontológica Uladech católica de Chimbote durante los años 2017 – 2018.
- Historias clínicas de pacientes de ambos sexos.
- Historias clínicas de pacientes que tengan entre 20 y 80 años de edad.
- Historias clínicas de pacientes cuyos datos estén bien especificados.

#### Criterios de exclusión

- Historias clínicas de pacientes que recibieron o estén recibiendo tratamiento de Ortodoncia.
- Historias clínicas de pacientes que no tengan los datos completos.
- Historias clínicas de pacientes edéntulos totales.

## Muestra

La muestra estuvo conformada por 349 historias clínicas de pacientes adultos atendidos en la Clínica Odontológica Uladech católica de Chimbote durante los años 2017-2018; determinados mediante la fórmula de población infinita.

➤ Fórmula para muestra de población infinita:

$$n = \frac{Z_a^2 * p * q}{d^2}$$

$d = 0.0524$  (5,24% Error máximo)

$p = 0.5$  (Variabilidad positiva)

$q = 0.5$  (Variabilidad negativa)

$Z = 1.96$  (Punto crítico de la Distribución Normal Estándar del 95% de confianza)

$n =$  Muestra

$$n = \frac{1.96_a^2 * 0.5 * 0.5}{0.0524^2}$$

$n = 349$

## Muestreo

La técnica de muestreo es probabilístico aleatorio simple.

### 4.3 Definición y operacionalización de variables e indicadores

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>TIPO</b>	<b>ESCALA</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>VALOR</b>
<b>Edentulismo parcial</b>	Es la pérdida de alguno de los dientes en una persona adulta. <sup>7</sup>	---	Cualitativa	Nominal	Historia clínica/ Clasificación de Kennedy	1: Clase I 2: Clase II 3: Clase III 4: Clase IV
<b>COVARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DIMENSIÓN</b>	<b>TIPO</b>	<b>ESCALA</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>VALOR</b>
<b>Ubicación del maxilar</b>	Las dos piezas óseas que forman la boca y en las cuales están encajados los dientes. <sup>7</sup>	---	Cualitativa	Nominal	Historia clínica	1: Maxilar superior 2: Maxilar inferior
<b>Edad</b>	Años de vida. <sup>7</sup>	---	Cualitativa	Ordinal	Historia clínica	1: 20- 40 años 2: 41 -60 años 3: 61 - 80 años
<b>Género</b>	Los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres. <sup>7</sup>	---	Cualitativa	Nominal	Historia clínica	1: Masculino 2: Femenino

#### **4.4 Técnica e instrumentación de recolección de datos**

##### **Técnica**

Observación; se observó las historias clínicas de los pacientes para el diagnóstico de la clasificación de Kennedy.

##### **Instrumentos**

Para el registro de la información se utilizó la ficha de recolección de datos la cual fue tomada de la tesis “Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes que acuden al servicio de odontología en el centro de salud de Belenpampas , Cuzco-2012” cuyo autor fue Corpuna Apaza Evelin Yanet tesis para optar al título profesional de cirujano dentista en la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cuzco.<sup>11</sup> Se utilizó para recoger y registrar la información para la investigación; donde se detallan la clasificación de Kennedy , ubicación del maxilar, edad, género los cuales fueron encontrados en las historias clínicas de los pacientes de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, año 2017-2018. Se hizo el estudio de la clasificación de Kennedy para determinar cuál es la más prevalente. (Anexo 01)

##### **Procedimiento**

Se solicitó la carta de autorización para ejecutar el trabajo de investigación al director de la escuela profesional de odontología.

Los pasos a seguir para la recolección de datos fueron:

1. Se le proporcionó la carta de autorización a la Coordinadora de la Clínica Odontológica de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, año 2019.

2. Seguidamente, firma de la carta de autorización por parte de la coordinadora y del director de la escuela profesional de odontología.
3. Se entregó la carta de autorización al personal administrativo para permitir el ingreso a la Clínica Odontológica donde guardan las historias clínicas, en el primer piso en el área de admisión se encontraban las historias clínicas del 2018 y en el tercer piso se encontraban las historias clínicas del 2017.
4. Seguido se procedió a la recopilación de datos, según las variables de estudio y se registró en la ficha de recolección de datos para después ser tabulados y graficados.

#### **4.5 Plan de análisis**

La información registrada en el instrumento fue digitalizada en una base de datos en el programa ofimático Excel 2013; donde se codificó y tabuló para ordenar los datos.

La elaboración de las tablas de frecuencia, tablas de doble entrada y gráficos de barras se realizó en el software estadístico SPSS v25, empleando la estadística descriptiva.

El análisis de resultados se realizó conforme los objetivos planteados, mediante la confrontación de los mismos con los resultados y conclusiones de los antecedentes; luego se elaboraron las conclusiones y recomendaciones adecuadas.

#### 4.6 Matriz de consistencia

TITULO: PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN LOS PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA DE CHIMBOTE DURANTE LOS AÑOS 2017- 2018.			
Enunciado del problema	Objetivos de la investigación	Variable	Metodología
¿Cuál es la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Uladech católica de Chimbote durante los años 2017-2018?	<p style="text-align: center;"><b>Objetivo General:</b></p> <p>- Determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Uladech católica de Chimbote durante los años 2017-2018.</p> <p style="text-align: center;"><b>Objetivos Específicos:</b></p> <p>- Determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Uladech católica de Chimbote durante los años 2017-2018, según ubicación del maxilar.</p> <p>- Determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Uladech católica de Chimbote durante los años 2017-2018, según edad</p> <p>- Determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Uladech católica de Chimbote durante los años 2017-2018, según género.</p>	<p>Edentulismo parcial</p> <p><b>Covariable:</b></p> <p>Ubicación del maxilar</p> <p>Género</p> <p>Edad.</p>	<p>El <b>tipo</b> de la investigación es cuantitativa, observacional, retrospectiva, transversal y descriptivo. De <b>nivel</b> descriptivo. <b>Diseño de investigación</b> no Experimental.</p> <p><b>Población:</b> Conformado por las historias clínicas de los pacientes adultos atendidos en la Clínica Odontológica Uladech católica de Chimbote durante los años 2017-2018.</p> <p><b>Muestra:</b> La muestra estuvo conformada por 349 historias clínicas de pacientes adultos atendidos en la Clínica Odontológica Uladech católica de Chimbote durante los años 2017-2018; determinados mediante la fórmula de población infinita. La técnica de muestreo es probabilístico aleatorio simple.</p>



#### 4.7 Principios éticos.

La presente investigación toma en cuenta los principios y valores éticos estipulados en el código de ética para la investigación versión 004 en la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote para este tipo de estudios.<sup>30</sup>

- **Protección a las personas.** - El bienestar y seguridad de las personas es el fin supremo de toda investigación, se debe respetar la dignidad humana, la identidad, la diversidad, la confidencialidad, creencia, religión y privacidad, deben protegerse sus derechos fundamentales si se encuentran en situación de vulnerabilidad.<sup>30</sup>
- **Beneficencia y no maleficencia.** - Asegura el bienestar de las personas que participan en las investigaciones. La conducta del investigador responde a las siguientes reglas generales no causar daño, disminuir los posibles efectos adversos y maximizar los beneficios.<sup>30</sup>
- **Justicia.** - El investigador debe anteponer la justicia y el bien común antes que el interés personal, ejerce un juicio razonable y asegurarse que las limitaciones de su conocimiento o capacidades den lugar a prácticas injustas, el investigador está obligado a tratar equitativamente a quienes que participan en la investigación y puedan acceder a sus resultados.<sup>30</sup>
- **Integridad científica.** -El investigador tiene que evitar el engaño en todos los aspectos de la investigación, evaluar y declarar los daños, riesgos y beneficios que puedan afectar a quienes participan. Asimismo, debe de asegurar la validez de sus métodos, fuentes y datos .<sup>30</sup>

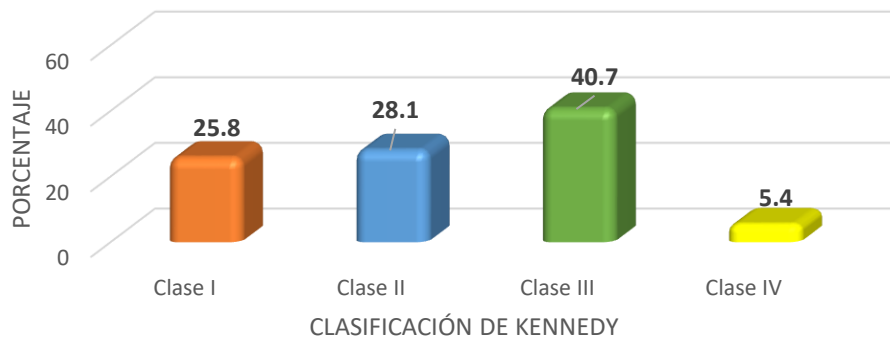
## V. Resultados

### 5.1 Resultados

**Tabla 1.-** Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Uladech católica de Chimbote durante los años 2017-2018.

CLASIFICACIÓN DE KENNEDY	N°	%
Clase I	90	25.8
Clase II	98	28.1
Clase III	142	40.7
Clase IV	19	5.4
<b>Total</b>	<b>349</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos.



Fuente: Datos de tabla 1.

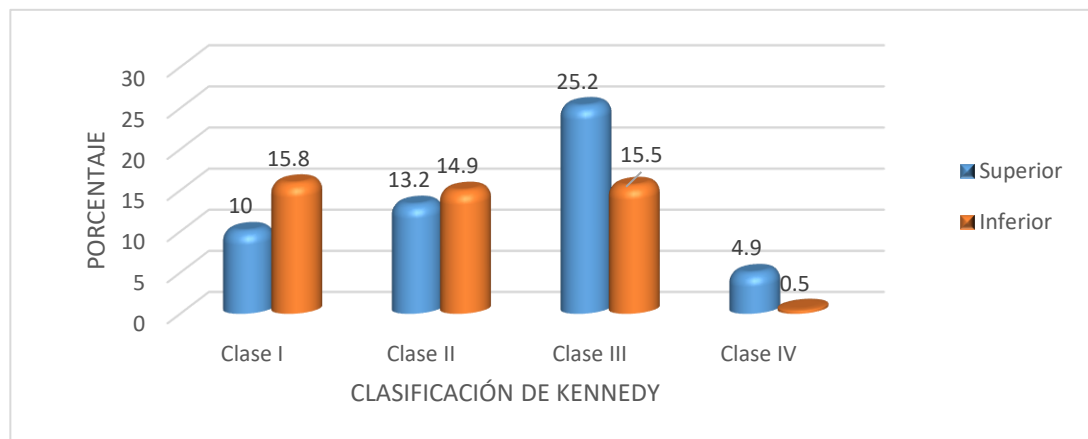
**Gráfico 1.-** Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Uladech católica de Chimbote durante los años 2017-2018.

**Interpretación:** Se observa, que del total que presentó edentulismo parcial en su mayoría presentaron la clase III de Kennedy con 40.7%, seguida la clase II con 28.1 %, la clase I con 25.8 % y con menor proporción la clase IV con 5.4 %.

**Tabla 2.-** Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Uladech católica de Chimbote durante los años 2017-2018, según ubicación del maxilar.

CLASIFICACIÓN DE KENNEDY	MAXILAR				TOTAL	
	Superior		Inferior		N°	%
	N°	%	N°	%		
Clase I	35	10.0	55	15.8	90	25.8
Clase II	46	13.2	52	14.9	98	28.1
Clase III	88	25.2	54	15.5	142	40.7
Clase IV	17	4.9	2	0.5	19	5.4
<b>Total</b>	<b>186</b>	<b>53.3</b>	<b>163</b>	<b>46.7</b>	<b>349</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos.



Fuente: Datos de tabla 2.

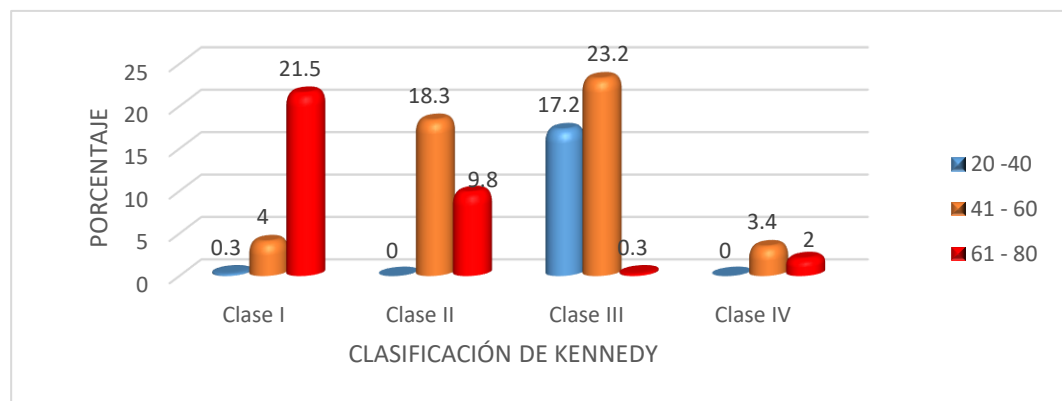
**Gráfico 2.-** Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Uladech católica de Chimbote 2017-2018, según ubicación del maxilar.

**Interpretación:** Se observa, que en el maxilar superior se presentó en mayor porcentaje la clase III de Kennedy con 25.2%, seguida la clase II con 13.2%, la clase I con el 10% y por último la clase IV con el 4.9%; mientras que en el maxilar inferior en mayor porcentaje la clase I de Kennedy con el 15.8%, seguida de la clase III con 15.5%, la clase II el 14.9% y por último la clase IV el 0.5%.

**Tabla 3.-** Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Uladech católica de Chimbote durante los años 2017-2018, según edad.

CLASIFICACIÓN DE KENNEDY	EDAD							
	20 – 40		41 – 60		61- 80		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Clase I	1	0.3	14	4.0	75	21.5	90	25.8
Clase II	0	0.0	64	18.3	34	9.8	98	28.1
Clase III	60	17.2	81	23.2	1	0.3	142	40.7
Clase IV	0	0.0	12	3.4	7	2.0	19	5.4
<b>Total</b>	<b>61</b>	<b>17.5</b>	<b>171</b>	<b>48.9</b>	<b>117</b>	<b>33.6</b>	<b>349</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos.



Fuente: Datos de tabla 3.

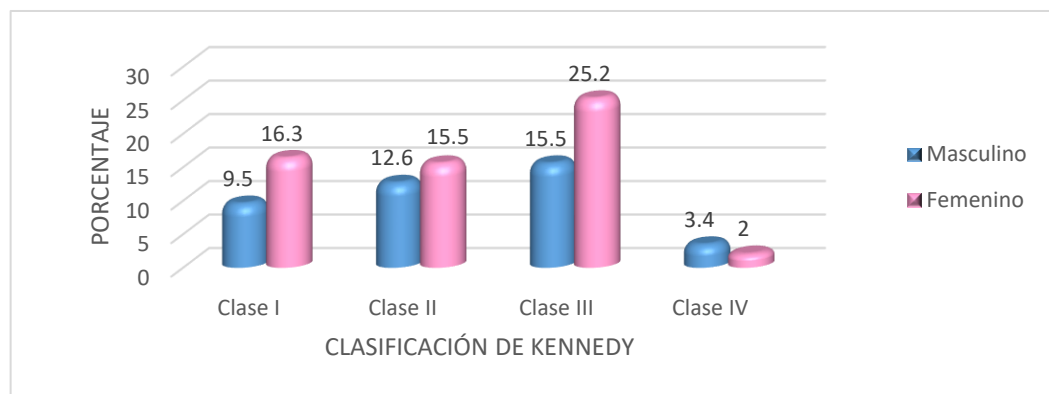
**Gráfico 3.-** prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Uladech católica de Chimbote durante los 2017-2018, según edad.

**Interpretación:** Se observa, que la clase I de Kennedy se presentó en mayor porcentaje en el grupo de 61-80 años con 21.5%, mientras que la clase II de Kennedy en mayor porcentaje en el grupo de 41-60 años con 18.3%, prosiguiendo con la clase III en mayor porcentaje en el grupo de 41 -60 años con 23.2% y por último la clase IV en mayor porcentaje en el grupo de 41- 60 años con 3.4%.

**Tabla 4.-** Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes que acudieron a la clínica Odontológica Uladech católica de Chimbote durante los años 2017-2018, según género.

CLASIFICACIÓN DE KENNEDY	GÉNERO				TOTAL	
	Masculino		Femenino		N°	%
	N°	%	N°	%		
Clase I	33	9.5	57	16.3	90	25.8
Clase II	44	12.6	54	15.5	98	28.1
Clase III	54	15.5	88	25.2	142	40.7
Clase IV	12	3.4	7	2.0	19	5.4
<b>Total</b>	<b>143</b>	<b>41.0</b>	<b>206</b>	<b>59.0</b>	<b>349</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Ficha de recolección de datos.



Fuente: Datos de tabla 4.

**Gráfico 4.-** Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Uladech católica de Chimbote durante los años 2017-2018, según género.

**Interpretación:** Se observa, que el género masculino se presentó en mayor porcentaje la clase III de Kennedy con 15.5%, seguida de la clase II con 12.6%, la clase I con 9.5% y por último la clase IV con 3.4%; mientras que en el género femenino en mayor porcentaje la clase III de Kennedy con 25.2%, seguida de la clase I con 16.3%, la clase II con 15.5% y por último la clase IV con 2%.

## 5.2 Análisis de resultados

El presente estudio tenía como objetivo determinar la prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Uladech Católica de Chimbote durante los años 2017 -2018. Se realizó la observación de 349 historias clínicas.

Con respecto al objetivo 1, la prevalencia de edentulismo parcial según la Clasificación de Kennedy fue, que en su mayoría presentaron la clase III con 40.7%, seguida la clase II con 28.1%, la clase I con 25.8% y con menor proporción la clase IV con 5.4%. Los datos se asemejan al autor Cargua J.<sup>4</sup>(Ecuador, 2016) halló que la clase III de Kennedy predominó, seguida la clase II, la clase I y la clase IV. Los datos se asemejan al autor Hucachino R.<sup>7</sup> (Lima ,2019) halló que la clase III de Kennedy predominó, seguida de la clase II, la clase I y por último la clase IV. Asimismo al autor Rodríguez A.<sup>10</sup>(Trujillo ,2017) encontró que la clase III Kennedy predominó, seguida de la clase II, la clase I y por último la clase IV. De igual forma con el estudio de Corpuna E.<sup>11</sup> (Cuzco, 2012) obtuvo que la clase III de Kennedy presentó mayor prevalencia, seguida de la clase II, la clase I y por último la clase IV. La clase III de Kennedy se presentó con mayor frecuencia recordemos que es un espacio edéntulo posterior limitado por piezas dentales una persona que solo haya perdido el primer molar se considera un edéntulo parcial. Diferente fue lo encontrado en la investigación de Cedeño C.<sup>5</sup>(Ecuador ,2014) encontró que la clase III de Kennedy predominó, seguida de la clase I, la clase II y por último la clase IV. Diferente fue lo encontrado en la investigación Gonzales A.<sup>6</sup>(Huancayo, 2021) encontró que predominó la clase III, seguida de la clase I, la clase II y por último la

clase IV. De igual forma que Córdova H.<sup>9</sup>(Lima, 2017) obtuvo que la clase III de Kennedy prevaleció, seguida de la clase I, la clase II y por último la clase IV. Prevaleció la clase III de Kennedy seguida de la clase I que afecta la zona posterior bilateral de las arcadas, las primeras piezas dentales en iniciar experiencia de caries son los primeros y segundos molares, aparecen desde temprana edad y son afectadas con mayor intensidad, al no ser controlada terminan con la pérdida dentaria generando una clase I de Kennedy, tiene una mayor incidencia en personas de nivel socioeconómicas y socioculturales más bajos.

Con respecto al objetivo 2, según la ubicación del maxilar, en el maxilar superior predominó la clase III de Kennedy con el 25.2%, seguida de la clase II con 13.2%, la clase I con el 10% y por último la clase IV con el 4.9%; mientras que en el maxilar inferior predominó la clase I de Kennedy con el 15.8%, seguida de la clase III con 15.5%, la clase II el 14.9% y por último la clase IV con el 0.5%. Nuestros resultados muestran concordancia con la investigación de Gonzales A.<sup>6</sup> (Huancayo, 2021) quien obtuvo que en el maxilar superior predominó la clase III de Kennedy, seguida de la clase II, la clase I y por último la clase IV; en el maxilar inferior predominó la clase I de Kennedy, seguida de la clase III, la clase II y por último la clase IV. Predominó la clase III de Kennedy en el maxilar superior y en el maxilar inferior predominó la clase I, la pérdida de dientes es mayor en la mandíbula que en el maxilar, las molares y las premolares inferiores presentan una mayor indicación de exodoncia seguida de las molares superiores, esto se debe porque son los primeros dientes en aparecer son lo más anatómicos, los más jóvenes según erupción y los primeros en realizar su función de masticar, triturar y moler los alimentos. Al perder un diente la cresta residual no se beneficia nunca más del estímulo funcional que

recibía y en consecuencia se produce una pérdida del volumen de la cresta tanto en altura como en anchura, la consecuencia de la pérdida dental es que produce una arcada mandibular más ancha con una arcada maxilar más constreñida. Sin embargo, los autores Loja C, Rodas M.<sup>3</sup>(Ecuador,2017), Cargua J.<sup>4</sup>(Ecuador,2016), Huacachino R.<sup>7</sup> (Lima,2019) y Turpo C.<sup>9</sup>(Tacna,2019) difieren con lo reportado en la presente investigación en el maxilar inferior, pues ellos encontraron que prevaleció la clase III de Kennedy. De esto se puede colegir que la pérdida de piezas dentarias no afecta solo a uno de los maxilares si no ambos por igual, siendo de mayor prevalencia la clase III de Kennedy. Los primeros molares erupcionan alrededor de los 6 años de edad son más vulnerables al desarrollo de caries dental y por lo tanto una mayor probabilidad de pérdida de la pieza dental, estos pacientes fueron adoptando hábitos bucales como el cepillado y la limpieza entre los dientes con seda dental, ingirieron una dieta balanceada y tuvieron un buen estilo de vida como medidas de prevención para que no sigan perdiendo más dientes.

Con respecto al objetivo 3, según edad la clase I de Kennedy el mayor porcentaje se dio en el grupo de 61-80 años con 21.5%, mientras que la clase II de Kennedy con mayor frecuencia en el grupo de 41-60 años con 18.3%, prosiguiendo con la clase III con mayor frecuencia en el grupo de 41 -60 años con 23.2% y por último la clase IV con mayor frecuencia en el grupo de 41 a 60 años con 3.4%. Los datos se asemejan a la investigación por Cargua J.<sup>4</sup> (Ecuador, 2016) al analizar los datos evidenciaron que la clase III de Kennedy es más prevalente en el rango de edad 30 -39 años, seguida la clase II es más prevalente en el rango de edad de 50-59 años, en la clase I predominó de 40-49 años y la clase IV prevaleció de 30- 39 años. De igual forma con la investigación de Cedeño C.<sup>5</sup> (Ecuador, 2014) donde obtuvo que



la clase III de Kennedy predominó en los rangos de 30-40 años, seguida de la clase I predominó en los rangos de 61-70 años, la clase II en los rangos entre 51-60 años y la clase IV con mayor frecuencia en las edades de 51-60 años. En el estudio de Huacachino R.<sup>7</sup> (Lima,2019) se obtuvo que la clase III de Kennedy prevaleció en las edades de 20 a 40 años , la clase I prevaleció en las edades de 61 a 80 años , la clase II prevaleció en las edades de 41 a 60 años y la clase IV prevaleció en las edades de 41 a 60 años .Otro estudio realizado por Córdova H.<sup>9</sup>(Lima, 2017) obtuvo que la clase I de Kennedy en las edades de 50 a 59 años , seguida de la clase III predominó en las edades de 30 a 39 años , la clase II con mayor frecuencia en las edades de 40-49 años y la clase IV con mayor frecuencia en las edades de 50-59 años. Comparando los resultados nos permitió deducir que a muy temprana edad pierden por lo menos una pieza dental y la edad es un factor que influye, ya que mientras la edad aumenta la zona edéntula también, cada vez en el mundo la población de adultos mayores va en ascenso, el envejecimiento es un proceso natural que no se puede detener este concepto aplicado a la estomatología nos lleva a la conclusión de que el aparato masticatorio tiende a sufrir un deterioro apreciable.

Con respecto al objetivo 4, en el género masculino predominó la clase III de Kennedy con el 15.5%, seguida de la clase II con 12.6%, la clase I con 9.5% y por último la clase IV con 3.4%; mientras que en el género femenino con mayor frecuencia la clase III de Kennedy con 25.2%, seguida de la clase I con 16.3%, la clase II con 15.5% y por último la clase IV con 2%. Los datos se asemejan a la investigación de Cargua J.<sup>4</sup>(Ecuador,2016) quien reportó que en el género masculino y femenino prevaleció la clase III de Kennedy, seguida de la clase II, la clase I y por último la clase IV. También coinciden la investigación de Cedeño C.<sup>5</sup>

(Ecuador,2014). Así mismo Gonzales A.<sup>6</sup>(Huancayo,2021), Huacachino R.<sup>7</sup> (Lima,2019) y Córdova H.<sup>9</sup>(Lima,2017) coinciden que la clase III de Kennedy fue la más frecuente en ambos géneros. En ambos géneros fue predominantemente la clase III de Kennedy, en estos estudios se observó que las mujeres acudieron al dentista con mayor frecuencia que los varones, esto se debe a que las mujeres acostumbran hablar de sus malestares mucho más, por otro lado comentan con sus médicos sus malestares en forma específica que los hombres tratan de minimizar sus problemas de salud, por esto las mujeres se vuelven más conscientes de sus síntomas suelen manifestar una sintomatología más extensa de malestares que los hombres.

El propósito de esta clasificación de Kennedy es proveer al odontólogo sobre los aspectos clínicos a evaluar en el paciente parcialmente desdentado, estableciendo diferentes niveles de complejidad. Esto facilita al profesional determinar un plan terapéutico adecuado, así como poder diferenciar aquellos casos que por su complejidad deben ser tratados por un especialista o por un odontólogo con una experiencia y entrenamiento en las técnicas avanzadas, además esta clasificación puede emplearse en las escuelas de odontología como una guía para la selección de pacientes. De acuerdo con los resultados del diagnóstico se establecen cuatro clases I, II, III, IV que van desde la más simple hasta la más complejo.

## VI. Conclusiones

1. La prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes que acudieron a la Clínica de Odontología Uladech católica de Chimbote durante los años 2017 y 2018, se determinó que en su mayoría presentó la clase III con 40.7%.
2. La prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Uladech católica de Chimbote durante los años 2017- 2018, según la ubicación del maxilar fue que en el maxilar superior prevaleció la clase III con el 25.2% y en el maxilar inferior prevalecieron la clase I el 15.8%.
3. La prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy de los pacientes que acudieron a la Clínica odontológica Uladech católica de Chimbote durante los años 2017 -2018, según edad se presentó con mayor frecuencia la clase I de Kennedy en las edades de 61 a 80 años, la clase II de Kennedy predominó en las edades de 41 a 60 años, la clase III de Kennedy predominó en las edades de 41 a 60 años, la clase IV predominó en las edades de 41 a 60 años.
4. La prevalencia de edentulismo parcial de los pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Uladech católica de Chimbote durante los años 2017-2018, según el género predominó la clase III de Kennedy con 15.5% en el

género masculino, mientras que en el femenino predominó la clase III de Kennedy con 25.2%.

### **Aspectos complementarios**

#### **Recomendaciones:**

- Al director de la entidad donde se realizó el estudio, generar dentro del establecimiento, un mejor protocolo de medidas preventivas, para evitar siga prevaleciendo el edentulismo.
- Concientizar a la población universitaria acerca de las consecuencias del edentulismo y focalizar de manera primordial la atención odontológica con prevención primaria.
- Dar charlas informativas a pacientes que asisten a la Clínica Odontológica Uladech católica de Chimbote sobre las medidas de prevención y la necesidad de tratamiento odontológico.
- A los pacientes concientizar que el cuidado de la salud oral, también puede involucrar la salud general de la persona y es muy probable que el descuido en las personas mayores de edad, también pueda afectar a niños.
- A las autoridades municipales y a los jefes de los centros de salud hagan programas de rehabilitación oral en las zonas urbanas marginales financiados por gobiernos nacionales y ONG para que tengan un menor costo.
- Se sugiere realizar estudios prospectivos para análisis comparativos de periodos anuales anteriores con los futuros y discrepar la diferencia en un aumento o disminución del edentulismo parcial.

## Referencias bibliográficas.

1. Loza D, Valverde HR. Diseño de Prótesis Parcial Removible. 1 th. ed. Madrid: Ripano; 2006.
2. OMS: Organización Mundial de la Salud [internet] Ginebra: who; 1948 [actualizado abril 2012; citado 23 de agosto 2017]. Salud Bucodental. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es>
3. Loja C, Rodas M. Prevalencia de edentulismo parcial según la clase de Kennedy en pacientes que acudieron a la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Cuenca durante los periodos 2012-2016. [Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista]. Cuenca: Universidad de Cuenca. Facultad de odontología ;2017. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/28329/1/TRABAJO%20DE%20TITULACION.pdf>
4. Cargua J. Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en la ciudad de Quito [tesis para optar el título profesional de cirujano dentista]. Quito: Universidad de las Américas. Facultad de odontología; 2016. Disponible en: <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/6005/1/UDLA-EC-TOD-2016-84.pdf>
5. Cedeño C. Edentulismo parcial según clasificación de Kennedy en la población adulta de 30 a 70 años de la parroquia colon del cantón Portoviejo, durante el periodo marzo-agosto 2014. [Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista]. Manabí: Universidad San Gregorio de Portoviejo. Facultad de odontología; 2014. Disponible en: <http://repositorio.sangregorio.edu.ec/bitstream/123456789/243/1/OD-T1293.pdf>

6. Gonzales A. Prevalencia del edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en una clínica particular Arequipa, 2021. [Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista]. Huancayo: Universidad Continental. Facultad de ciencias de la salud; 2021. Disponible en:  
  
[https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/10608/1/IV\\_FCS\\_503\\_TE\\_Gonzales\\_Fernandez\\_2021.pdf](https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/10608/1/IV_FCS_503_TE_Gonzales_Fernandez_2021.pdf)
7. Huacachino R. Frecuencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pobladores de 20 a 80 años de edad del distrito de Margos, Huánuco 2018. [Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener. Facultad de ciencias de la salud; 2019. Disponible en:  
  
<http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2779/TESIS%20Huacachino%20Rosio.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
8. Turpo C. Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes atendidos en la Clínica Odontológica Docente Asistencial de la Universidad Latinoamericana Cima, Tacna -2017. [Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista]. Tacna: Universidad latinoamericana Cima. Facultad de Odontología; 2019. Disponible en:  
  
<https://core.ac.uk/reader/249330730>
9. Córdova H. Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de 30 a 59 años del centro “imágenes estomatológicas” EIRL, Lima 2017. [Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista]. Lima:

Universidad privada Norbert Wiener. Facultad de ciencia de la salud; 2017. Disponible en:

<http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1494/TITULO%20%20Cordova%20Borda%2C%20Heydi%20Fanny.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

10. Rodríguez A. Prevalencia de edentulismo parcial en pacientes de 25 a 70 Años de edad atendidos en la clínica estomatológica de la Universidad Privada Antenor Orrego del 2013 al 2016. [Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad de medicina humana, 2017. Disponible en:

[https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/2908/1/RE\\_ESTO\\_ALBERT.RODRIGUEZ\\_PREVALENCIA.DE.EDENTULISMO\\_DATOS.PDF](https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/2908/1/RE_ESTO_ALBERT.RODRIGUEZ_PREVALENCIA.DE.EDENTULISMO_DATOS.PDF)

11. Corpuna E. Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes que acuden al servicio de odontología en el Centro de Salud de Belanpampa Cusco-2012. [Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista]. Cuzco: Universidad nacional de San Antonio Abad del Cuzco. Facultad de ciencias de la salud; 2012. Disponible en:

<http://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/UNSAAC/833/253T20120032.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

12. Marlene Sánchez, Mayra Román, et al. Salud bucal en pacientes adultos mayores y su asociación con la calidad de vida. [Internet]. 2011 [Citado 2018 agosto 1];16(2):110-115. Disponible en:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq2011/rmq112j.pdf>

13. Margareto Molin Tharen, Johan Gunne. Prótesis Removible. 1 th. ed. Venezuela: Copyrigh Amolca; 2014.
14. Clifford M. Sturdevant, Roger E. Barton, Clarence L, et al. Arte y Ciencia de la Operatoria Dental. 2 th. ed. Argentina: Médica Panamericana; 1987.
15. Changoluisa G. Prevalencia de Caries y su Relación con el Nivel de Conocimiento en Salud Bucal, en Representantes de Estudiantes Asistentes a la Unidad Educativa Dolores Cacuango, Cayambe 2015, [ Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista]. Quito: Universidad Central del Ecuador. Facultad de Odontología; 2017.  
Disponible en:  
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/9913/1/T-UCE-0015-622.pdf>
16. Aguilar Orozco N, Navarrete Ayón K, Robles Romero D, Aguilar Orozco SH, Rojas García A. “Dientes sanos, cariados, perdidos y obturados en los estudiantes de la Unidad Académica de Odontología de la Universidad Autónoma de Nayarit”. Revista Odontológica Latinoamericana. [Internet] 2014; [citado 2019 mayo 21]; 25 (3):.27-32. Disponible en:  
<https://www.odontologia.uady.mx/revistas/rol/pdf/V01N2p27.pdf>
17. Camones E. Enfermedad periodontal y calidad de vida en adultos mayores del programa de atención domiciliaria Padomi – EsSalud de la jurisdicción de los Olivos – Lima, 2017. [Tesis para optar el grado académico de maestro en gestión de los servicios de la salud]. Lima: Universidad Cesar Vallejo. Escuela de Posgrado; 2018.  
Disponible en:  
[https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/17000/Tito\\_CE.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/17000/Tito_CE.pdf?sequence=1&isAllowed=y)



18. Carranza F. Periodontología Clínica de Glickman. 7 th. ed. México: Interamericana; 1993.
19. María Elena Fernández Collazo, Agustín Rodríguez Soto, Dadonim Vila Morales, et al. Características asociadas al trauma dentoalveolar en incisivos superiores. [Internet]. 2013 [Citado 2019 septiembre 26]: 49(2):153-161 Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v50n2/est03213.pdf>
20. Tebelio Obregón, Hilda Paula Sosa, José Guerra Pando. El trauma dental en la Atención Primaria de Salud. [Internet]. 2013[ citado 2018 abril 25]; 17(2):69-77 Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rpr/v17n2/rpr08213.pd>
21. Mallqui Herrada, Hernández Añaños JF. Traumatismos dentales en dentición permanente. [Internet]. 2012 [Citado 2017 octubre 16]; 22(1):42-49 Disponible en: [www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/download/158/132](http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/REH/article/download/158/132)
22. Salazar L. Frecuencia de edentulismo parcial en pacientes atendidos en el departamento de Estomatología del Hospital Militar Central año 1999 -2016. [Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista]. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener. Facultad de ciencias de la salud; 2017. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1206/TITULO%20-%20Salazar%20Calero%20Lucy%20Sonia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
23. Tipantuña V. Prevalencia de edentulismo parcial asociado a la calidad de vida de pacientes que acuden a la Clínica de Pregrado de la Facultad de Odontología, Universidad Central del Ecuador ,2016-2017. [Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista]. Quito: Universidad central del Ecuador. Facultad de Odontología; 2017. Disponible en:

<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/10861/1/T-UCE-0015-677.pdf>.

24. Novoa A. Prevalencia del Edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en el establecimiento penitenciario “Huancas”, Chachapoyas -2018. [Tesis para optar el título de cirujano dentista]. Chachapoyas: Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas. Facultad de ciencias de la salud; 2018. Disponible en:  
<http://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/UNTRM/1560/Novoa%20Aquino%20Alex%20Francisco.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
25. Miller L. Prótesis Parcial Removible. 1 th. ed. México: Interamericana; 1988.
26. LOZA, David, H,rodney Valverde Montalva, Diseño de la Prótesis Parcial Removible. 1 th. ed. Madrid: Ripano S.A; 2007.
27. Tinoco O. Prevalencia del Edentulismo Parcial y necesidad protésica en adultos de 18 a 65 años del centro poblado de Cayran, San Francisco de Cayran, Huánuco -2018. [Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista]. Huánuco: Universidad Nacional Hermilio Valdizàn. Facultad de medicina;2019. Disponible en:  
<http://repositorio.unheval.edu.pe/bitstream/handle/UNHEVAL/2998/TO%2000082%20R63.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
28. Inga E. Prevalencia de tipo de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes de la escuela de Odontología de la universidad Continental 2017-2018. [Tesis para optar el título profesional de cirujano dentista]. Huancayo: universidad continental. Facultad de ciencia de la salud;2019. Disponible en:  
[https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/6381/2/IV\\_FIN\\_503\\_TE\\_Inga\\_Ortiz\\_2019.pdf](https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/6381/2/IV_FIN_503_TE_Inga_Ortiz_2019.pdf)

29. Supo J. Tipos de investigación. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/362085671/Tipos-de-Investigacion-JOSESUPO-ppt>. 2014.
30. Comité Institucional de Ética en Investigación. Código de ética para la investigación versión 004. 1ª ed. Chimbote: ULADECH Católica; 2021 pp. 3-4.

## ANEXOS

### ANEXO 01

#### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

##### 1. DATOS GENERALES

Sexo: F ( ) M ( )

Edad: .....

##### 2. CLASIFICACIÓN DE KENNEDY


Se clasificará marcando con una X según sea la clase.


CLASIFICACIÓN DE KENNEDY	MAXILAR SUPERIOR	CLASE I	
		CLASE II	
		CLASE III	
		CLASE IV	
	MAXILAR INFERIOR	CLASE I	
		CLASE II	
		CLASE III	
		CLASE IV	

**Fuente:** Corpuna E. Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en pacientes que acuden al servicio de odontología en el Centro de Salud de Belanpampa Cusco-2012. Tesis para optar el título de cirujano dentistas. Cuzco: Universidad nacional de San Antonio Abad del Cuzco. Facultad de ciencias de la salud; 2013.<sup>11</sup>

## ANEXO 02

### CARTA DE AUTORIZACIÓN

  
UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES  
CHIMBOTE  
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA



"Año de la Lucha contra la Corrupción e Impunidad"

Chimbote, 05 de Mayo del 2019

**CARTA N° 014-2019- DIR-EPOD-FCCS-ULADECH Católica**

Sra.:  
Mg. Cd. Liliana Temoche Palacios  
Directora de la Clínica Odontológica ULADECH Católica  
Presente.

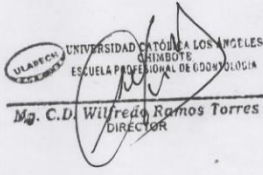
A través del presente, reciba Ud. el cordial saludo en nombre de la Escuela Profesional de Odontología de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, en esta ocasión en mi calidad de director de la Escuela Profesional de Odontología, para solicitarle lo siguiente:

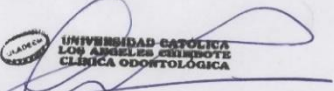
En cumplimiento del Plan Curricular del programa de Odontología, el estudiante viene desarrollando la asignatura de Tesis II, a través de un trabajo de investigación denominado **PREVALENCIA DE EDENTULISMO PARCIAL SEGÚN LA CLASIFICACIÓN DE KENNEDY EN LOS PACIENTES QUE ACUDIERON A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA ULADECH CATÓLICA, CHIMBOTE, 2017 – 2018.**

Para ejecutar su investigación, la alumna ha seleccionado la institución que Ud. dirige, por lo cual, solicito brindarle las facilidades del caso al estudiante: **Pérez Almendras Diego André**; a fin de realizar el presente trabajo.

Es propicia la oportunidad, para reiterarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente;

  
Mg. C.D. Wilfredo Ramos Torres  
DIRECTOR

  
Mg. C.D. Liliana Temoche Palacios  
COORDINADORA

Av. Pardo Nro. 4199 - A.H. San Juan  
Chimbote, Perú  
Telf: (043) 350411  
www.uladech.edu.pe

## ANEXO 03

### EVIDENCIAS



**Imagen 1:** Recolección de datos de las historias clínicas perteneciente al año 2017



**Imagen 2:** Recolección de datos de las historias clínicas pertenecientes al año 2018

## HOJA DE CONFLICTO DE INTERES

Mediante este documento declaro no presentar algún tipo de conflicto de intereses financieros, ni personales que influyan de manera inapropiada en el desarrollo de este estudio titulado: Prevalencia de edentulismo parcial según la clasificación de Kennedy en los pacientes que acudieron a la Clínica Odontológica Uladech católica de Chimbote durante los años 2017 – 2018.



---

PÈREZ ALMENDRAS, DIEGO ANDRE

DNI N° 74902987